



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Custo de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital
do SNS e os seus determinantes**

XLV Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Ana Cecília do Bem Gago

Janeiro de 2019



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Custo de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital
do SNS e os seus determinantes**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Julian Perelman.

Janeiro de 2019

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Julian Perelman, pela disponibilidade prestada ao longo deste percurso e, sobretudo, pelo olhar crítico e pelos contributos rigorosos e assertivos que foram essenciais ao desenvolvimento deste trabalho de campo.

Ao Conselho de Administração do CHVNG/E por permitir a realização deste estudo. Em particular, à Dra. Helga Lima e à Dra. Susana Silva Costa do Serviço de Informação e Planeamento pela disponibilização dos dados utilizados no trabalho de campo.

À Ana Silva, com quem partilhei esta etapa. A sua amizade, apoio e boa disposição tornaram este caminho mais fácil.

Aos colegas do “tempo parcial do curso” pelos momentos que partilhámos de camaradagem, aprendizagem e boa disposição.

Ao Dr. António Marieiro e à Enf.^a Emília Prudente com quem trabalho há muitos anos e que suscitaram em mim o gosto e o interesse pela área da Saúde Mental.

À minha família, um agradecimento especial:

Ao Hugo, pelo apoio incondicional ao longo de mais uma etapa, por acreditar em mim, pelo incentivo e pela paciência nos momentos mais difíceis.

Aos nossos filhos, Tiago e Laura, pelos momentos em que não estive presente. São o meu pilar.

Aos meus Pais, por tudo o que representam na minha vida, por estarem sempre presentes, pela ajuda incansável com os meus filhos para que eu pudesse concretizar mais um objetivo.

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma perturbação mental grave e debilitante, tendencialmente de evolução prolongada, estimando-se que possa afetar cerca de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Portugal a prevalência da esquizofrenia será cerca de 48 mil doentes. Importa conhecer os custos de tratamento envolvidos de forma a permitir uma afetação mais eficiente dos recursos disponíveis. Este trabalho tem como objetivo estimar os custos diretos do tratamento da psicose esquizofrénica e os seus determinantes, e comparar com os custos obtidos noutros estudos.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional, transversal, retrospectivo tendo por base uma amostra de 380 doentes diagnosticados com psicose esquizofrénica seguidos no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho no ano de 2016.

Resultados: O custo médio de tratamento por doente em 2016 foi de 844,90€. Verificou-se contudo uma grande dispersão nos custos médios por doente que variaram entre 56€ e 10.606,84€. O internamento foi a componente mais representativa do custo total (59%). As características demográficas não foram significativamente associadas aos custos diretos de tratamento da esquizofrenia.

Conclusão: O custo médio de tratamento estimado foi claramente inferior aos obtidos na revisão de literatura. Não obstante as diferentes abordagens metodológicas, as diferenças observadas nos custos médios de tratamento podem estar sobretudo relacionadas com a tipologia de cuidados prestados, sugerindo diferenças nas práticas clínicas e na diferenciação e organização dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental, esquizofrenia, custos diretos.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a serious and debilitating mental disorder, which tends to develop over a long period of time, and is estimated to affect about 21 million people worldwide. In Portugal, schizophrenia is estimated to affect around 48.000 people. Knowing the treatment costs is essential to allow for a more efficient allocation of available resources. This study aims to estimate the direct treatment costs of schizophrenic psychosis and its determinants, and compare them with those obtained in the literature.

METHODS: An observational, cross-sectional, retrospective study was carried out based on a sample of 380 patients diagnosed with schizophrenic psychosis followed at the Hospital Center of Vila Nova de Gaia/Espinho in 2016.

Results: The average per-patient treatment cost was € 844.90. There was, however, a large dispersion in the average costs per patient, between € 56 and € 10,606.84. In-patient care represented the highest share of total costs (59%). Demographic characteristics were not significantly associated with the direct treatment costs.

Conclusion: The average treatment cost was substantially lower than that obtained in the literature. Notwithstanding the different methodological approaches, these differences may be mainly related to the type of care, suggesting differences in clinical practices and in the differentiation and organization of mental health services.

Key words: Mental health, schizophrenia, direct costs.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Carga epidemiológica e económica da Saúde Mental	1
1.2. Tratamento das perturbações mentais graves (<i>severe mental illness</i> , SMI) e modelos de pagamento	2
1.3. Objetivo do estudo.....	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Os custos com o tratamento da esquizofrenia	5
2.2. O financiamento das perturbações mentais graves em Portugal	10
2.3. O modelo de pagamento por preço compreensivo.....	13
3. OBJETIVOS	17
4. METODOLOGIA.....	19
4.1. Tipo de estudo.....	19
4.2. População do estudo	19
4.3. Recolha de dados de custos.....	20
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO	29
6.1. Principais resultados.....	29
6.2. Interpretação dos resultados e comparação com a literatura	29
6.3. Limitações do estudo.....	32
7. CONCLUSÃO	35
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

Índice de tabelas

Tabela 1 – Custos diretos e indiretos dos doentes com esquizofrenia na França, Espanha, Reino Unido e EUA.....	6
Tabela 2 – Custo direto médio anual da esquizofrenia por doente.....	7
Tabela 3 – Valor médio anual do tratamento de pacientes com psicoses esquizofrénicas.....	12
Tabela 4 – Programa Piloto de Tratamento de Doentes com Perturbação Mental Grave.....	13
Tabela 5 – Caraterização da amostra em estudo, por sexo.....	23
Tabela 6 – Caraterização da amostra em estudo, por grupo etário.....	23
Tabela 7 – Episódios de internamento do ano de 2016 por nível de severidade.....	24
Tabela 8 – Custo médio de tratamento por tipo de cuidados prestados em 2016.....	24
Tabela 9 – Custo médio de tratamento por tipo de cuidados prestados e grupo etário em 2016.....	26
Tabela 10 – Custo médio de tratamento do doente por tipo de cuidados prestados...	27
Tabela 11 – Custo médio de tratamento por sexo e resultados do Teste T.....	27
Tabela 12 – Custo médio de tratamento por grupo etário e resultados do Teste Anova.....	28

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição do custo médio de tratamento.....	25
Gráfico 2 – Distribuição dos custos por tipo de cuidados prestados (em %).....	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DALY – *Disability-adjusted life years*;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogêneos;

ICD-9-CM – *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*;

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental;

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Carga epidemiológica e económica da Saúde Mental

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade das sociedades atuais (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% das doenças em todo o mundo, sendo uma das áreas de maior relevância em saúde pública (DGS, 2013). Estima-se que na Europa cerca de 165 milhões de pessoas são afetadas por uma perturbação mental todos os anos. Destes, apenas um quarto recebe algum tratamento e só 10% tem um tratamento considerado adequado (Wittchen, 2011).

Em Portugal, de acordo com o estudo Global Burden of Disease, as doenças crónicas, não transmissíveis, representaram a principal causa de doença e incapacidade dos portugueses em 2016, entre as quais se destacam as doenças do foro mental e do comportamento que representaram 19% da carga de morbilidade e incapacidade dos portugueses, apenas ultrapassadas pelas perturbações músculo-esqueléticas (23%) (GBD, 2016).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental de 2013 concluiu que mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%). A generalidade dos estudos internacionais apontam que, entre as perturbações mentais graves, as esquizofrénicas são as que causam maior incapacidade, com uma taxa de prevalência média variável entre 0,5% e 1,5% (DGS, 2012).

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave e debilitante, tendencialmente de evolução prolongada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que possa afetar cerca de 21 milhões de pessoas em todo o mundo, surgindo normalmente entre o final da adolescência e o início da idade adulta (WHO, 2017).

Trata-se de uma patologia do cérebro que afeta de forma grave a capacidade de pensar da pessoa, a sua vida emocional e o seu comportamento em geral. O seu impacto extremamente debilitante em termos de qualidade de vida, a incapacidade e dependência psicossocial a longo prazo constituem não só um desafio social de dimensão global, como também um desafio económico, com elevados custos diretos e indiretos decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade, estimando-se que possam atingir cerca de 3% do orçamento total da saúde dos países ocidentais (Knapp, 2000).

Em Portugal, de acordo com o estudo realizado por Gouveia *et al.* (2017), a prevalência da esquizofrenia será cerca de 48 mil doentes, estimando-se que em 2015 se tenham perdido 28.588 DALY¹ (84% por incapacidade, 16% por mortalidade prematura). O custo total da esquizofrenia em 2015 foi de 436,3 milhões de euros, o que representa cerca de 0,24% do produto interno bruto e 2,7% da despesa em saúde.

1.2. Tratamento das perturbações mentais graves (*severe mental illness*, SMI) e modelos de pagamento

O tratamento equilibrado e eficaz das perturbações mentais graves (SMI) implica a integração das diferentes opções de tratamento existentes, as quais envolvem diferentes profissionais de saúde (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros), múltiplos tipos de tratamento (farmacológico, psicológico, físico, entre outros) e, ainda, diversos níveis de apoio disponíveis (individual, familiares, sociais e comunitários), adaptados aos diferentes contextos em que vivem os doentes e nos diferentes momentos da sua doença (Palha, 2016).

Contudo, passados dez anos desde o início da implementação do PNSM, o modelo de pagamento dos serviços de saúde mental manteve-se inalterado, permanecendo excessivamente centrado na atividade médica, orientado apenas para o pagamento de episódios das linhas de produção hospitalar (internamento, consultas médicas, sessões de hospital de dia e urgências), não promovendo a atividade de outros profissionais indispensáveis nas equipas multidisciplinares de saúde mental e o

¹ DALY significa *Disability-adjusted life years*, ou seja, anos de vida ajustados à incapacidade. Trata-se de uma métrica adotada pela OMS para medir a carga da doença.

seguimento continuado destes doentes (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

Deste modo, a revisão do modelo de pagamento deverá evoluir no sentido de favorecer as melhores práticas em saúde mental, promovendo a adequação do modelo de pagamento por doente e não por atos, incentivando uma melhor continuidade de tratamento e cuidados menos fragmentados entre prestadores, mais ajustado ao tratamento de doenças crónicas.

Assim foi sugerido ser replicado no âmbito da saúde mental o modelo aplicado a outras doenças em Portugal como o VIH, esclerose múltipla, doenças lisossomais de sobrecarga, cancro colorretal, cancro da mama e cancro do colo do útero, que se pode definir como o pagamento por preço compreensivo (Perelman *et al.*, 2017). Este modelo corresponde à atribuição de um valor médio por doente para um determinado tipo de procedimento ou tratamento, que abrange um conjunto de atos clínicos, medicamentos e outras atividades consideradas essenciais para uma adequada prestação de cuidados (Escoval *et al.*, 2010). Isto significa que há um pagamento pelo tratamento do doente e não pelos serviços específicos que lhe são prestados.

O modelo de pagamento por preço compreensivo pressupõe uma maior integração e efetividade dos cuidados prestados, o alinhamento dos incentivos financeiros, a redução de custos, a partilha de riscos e o aumento da qualidade dos cuidados melhorando os resultados em saúde (Santos, 2014; Coelho, 2014; Oliveira, 2016).

O financiamento do tratamento dos doentes com perturbações mentais graves começou em 2018 a dar os primeiros passos com vista ao pagamento por preço compreensivo. No âmbito do processo de contratualização de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) está em curso um programa piloto de tratamento de doentes com perturbação mental grave que inclui as psicoses esquizofrénicas e estabelece um preço anual por doente tratado (1.519€) que abrange o internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) - incluindo na comunidade, e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em consulta e/ou hospital de dia (ACSS, 2017).

Contudo, este modelo de pagamento requer a existência de dados pormenorizados e atualizados do custo de tratamento da esquizofrenia em Portugal, que atualmente é ainda uma área de conhecimento escasso.

A nível internacional vários estudos têm procurado estimar o custo de tratamento da esquizofrenia e obter uma melhor compreensão sobre os fatores que mais influenciam a variação dos custos.

A este respeito, importa referir que o programa de financiamento do tratamento dos doentes com perturbações mentais graves em curso no SNS não contempla o seu ajustamento em função de parâmetros associados à variação no custo do tratamento da esquizofrenia tais como a idade, a gravidade dos sintomas e a fase de tratamento.

1.3. Objetivo do estudo

No contexto do atual modelo de pagamento e das mudanças em curso é fundamental conhecer os custos de tratamento envolvidos e identificar os fatores que têm um impacto substancial nos custos diretos da esquizofrenia, indicando soluções que possam contribuir para adequar o pagamento ao processo de prestação de cuidados e permitir uma afetação mais eficiente dos recursos de tratamento disponíveis.

O estudo dos custos da esquizofrenia e a sua medição permite avaliar se o preço compreensivo fixado é adequado de modo a compensar os custos incorridos com o seu tratamento.

Neste sentido, este trabalho tem como principal objetivo estimar os custos diretos do tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS e os seus determinantes, e comparar com os custos obtidos noutros estudos. Pretende-se, ainda, caraterizar os custos de subgrupos da população de modo a avaliar a possibilidade de um melhor ajustamento do financiamento hospitalar em função das caraterísticas demográficas (idade e sexo).

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos: i) enquadramento teórico do tema, onde se apresenta o contexto atual dos custos com o tratamento da esquizofrenia, o financiamento da saúde mental em Portugal e, ainda, a descrição do modelo de pagamento por preço compreensivo nomeadamente as vantagens e riscos associados; ii) objetivos do estudo; iii) metodologia adotada para a concretização dos objetivos propostos; iv) resultados obtidos; v) discussão dos resultados à luz da revisão de literatura efetuada; e, por último, vi) considerações finais sobre o trabalho desenvolvido, bem como sugestões de possíveis estudos futuros.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Os custos com o tratamento da esquizofrenia

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave e debilitante, tendencialmente de evolução prolongada, que afeta cerca de 21 milhões de pessoas em todo o mundo e que se caracteriza por disfunções cognitivas e emocionais que afetam de forma grave a capacidade de pensar da pessoa, a sua vida emocional e o seu comportamento em geral (WHO, 2017)

Os primeiros sinais de esquizofrenia surgem durante a adolescência ou no início da idade adulta, o que não significa que não possam surgir mais tarde, afetando homens e mulheres, sendo que nos homens os sintomas tendem a surgir um pouco mais cedo.

A esquizofrenia é uma doença crónica com um forte impacto económico e social, não somente para o doente, como para a família/cuidadores e para a sociedade como um todo, figurando como a 11^a causa mais importante de carga da doença medida pelo total de anos vividos com incapacidade (GBD, 2015).

O tratamento destes doentes de acordo com as recomendações orientadoras (*guidelines*) preconizam, para além do tratamento farmacológico, as intervenções psicossociais que incluem “as seguintes abordagens: intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental, reabilitação vocacional (incluindo emprego apoiado) e intervenções de base comunitária, adaptadas às condições e características do respetivo sistema de saúde” (Gago, 2012).

Os custos associados ao tratamento de doentes com esquizofrenia podem ser classificados em duas categorias: custos diretos e indiretos. Os custos diretos do tratamento da esquizofrenia incluem todos os custos diretamente relacionados com a prestação de cuidados de saúde (internamento, ambulatório, intervenções terapêuticas e farmacológicas), enquanto os custos indiretos estão principalmente relacionados com a perda de produtividade do doente e do seu cuidador devido à natureza incapacitante da doença e ao seu início precoce.

Alguns autores consideram ainda um terceiro grupo de custos, de natureza não financeira, relacionados com o sofrimento, o estigma e a discriminação associados à doença que resultam na diminuição da qualidade de vida dos doentes e suas famílias.

Estes custos intangíveis, difíceis de quantificar, constituem uma componente importante na carga da doença mental.

O estudo de Tajima-Pozo *et al.* (2015) comparou os custos de tratamento dos doentes com esquizofrenia na França, Espanha, Reino e EUA tendo concluído que os custos indiretos representaram uma parte igualmente (ou mesmo mais) importante desse custo total. Enquanto na Espanha e nos EUA os custos diretos e indiretos são aproximadamente iguais, na França e no Reino Unido os custos indiretos são superiores aos custos diretos representando cerca de 63% e 73% do custo total respetivamente, como mostra a Tabela 1.

Os autores concluíram ainda que os custos com medicamentos não contribuíram de forma significativa para o custo total do tratamento, variando entre 4% no Reino Unido e 16,1% na França, podendo estes resultados sugerir diferenças importantes no custo dos cuidados não farmacêuticos prestados nos países analisados, que deverão ser investigadas.

Tabela 1 – Custos diretos e indiretos dos doentes com esquizofrenia na França, Espanha, Reino Unido e EUA

País	Custos Diretos (CD)	Custos Indiretos (CI)	Custo Total (CT)	Peso dos medicamentos no CT (%)
França	1 581 M€	2 214 M€	3 534 M€	16,1%
Espanha	1 044 M€	926 M€	1 970 M€	12,8%
Reino Unido	714 M€	1 886 M€	2 600 M€	4%
EUA	32 051 M\$	32 378 M\$	64 429 M\$	8%

Fonte: Tajima-Pozo *et al.* (2015)

No que respeita aos custos diretos da esquizofrenia, o estudo de Kovács *et al.* (2018) efetuou uma revisão de literatura com o objetivo de comparar os custos diretos de tratamento da esquizofrenia em diferentes países e, ainda, identificar os fatores mais importantes que influenciam a variação desses custos.

O custo direto anual por doente com esquizofrenia variou entre 533€ na Ucrânia e 13.704€ na Holanda, conforme se verifica na Tabela 2. Os custos de internamento representaram a maior componente dos custos diretos da esquizofrenia na maioria dos países e os custos com medicamentos contribuíram para menos de 25% do custo direto por doente em todos os países.

Tabela 2 – Custo direto médio anual da esquizofrenia por doente

País	Custo direto por doente (€)	Custos internamento (%)	Custos ambulatório (%)	Medicamentos (%)	Outros custos diretos (%)
Holanda	13 704 €	46%	23%	7%	25%
Alemanha	12 251 €	48%	6%	14%	31%
Suécia	9 728 €	46%	37%	17%	0%
Suíça	9 507 €	66%	8%	14%	12%
França	7 068 €	39%	7%	16%	38%
EU27, Islândia, Noruega e Suíça	5 805 €	-	-	-	-
Itália	4 157 €	27%	-	25%	-
Polónia	3 211 €	91%	-	7%	-
Ucrânia	533 €	92%	-	6%	-

Fonte: Kóvacs *et al.* (2018).

Contudo, os oito estudos analisados mostraram grandes diferenças no custo direto da esquizofrenia por doente entre os países, bem como na distribuição das diferentes componentes dos custos. O peso dos custos de internamento no total dos custos diretos variou entre 27% e 92% e os custos com medicamentos variou entre 6% e 25%.

No conjunto dos países que constam da Tabela 2, a Ucrânia é o único país de baixo rendimento, sendo que esta diferença se reflete no reduzido custo direto da esquizofrenia por doente em comparação com os custos de tratamento dos restantes países.

Os autores reconheceram que a comparabilidade dos resultados obtidos é limitada por várias razões decorrentes não só das diferenças substanciais nos sistemas de saúde analisados e, portanto, na afetação dos recursos aos cuidados de saúde mental, como também das diferentes abordagens metodológicas utilizadas nos estudos para a estimativa do consumo de recursos (*top-down*, *bottom-up* e econométrica) e das diferentes perspetivas consideradas na medição dos custos da doença (sociedade, sistema de saúde e terceiros pagadores).

Ainda assim, esta revisão de literatura identificou quatro fatores que têm um impacto significativo nos custos diretos da esquizofrenia: internamento, gravidade dos sintomas, idade e continuidade do tratamento/persistência.

O internamento representou o fator com maior impacto nos custos diretos de tratamento de doentes com esquizofrenia. O estudo alemão realizado por Zeidler *et al.* (2012), citado por Kovács *et al.* (2018), verificou que o custo anual de tratamento de

um grupo de doentes internados foi 328% superior comparativamente ao custo do grupo de doentes não internados.

Os custos diretos de tratamento estão igualmente relacionados com a gravidade dos sintomas. O estudo realizado na Suécia por Ekman *et al.* (2013), referido nesta revisão de literatura, que aplicou a escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF)² para medir a gravidade dos sintomas, mostrou que o custo de tratamento dos doentes com sintomas graves (pontuação GAF <50) foi 236% superior ao custo dos doentes com sintomas ligeiros ou ausência de sintomatologia (pontuação GAF ≥70).

Outro estudo alemão verificou que a diferença no uso excessivo de recursos atribuída à esquizofrenia para doentes idosos (com idade superior a 65 anos) era 66% maior do que o custo excedente atribuído à esquizofrenia na população em geral (Frey (2014), citado por Kovács *et al.* (2018)).

A recaída em esquizofrenia, diretamente relacionada com a não adesão à terapêutica antipsicótica, é um dos fatores mais onerosos nos custos de tratamento destes doentes. De acordo com Almond *et al.* (2004), estima-se que os custos com os doentes que recaem sejam quatro vezes superiores quando comparados aos custos daqueles que não apresentam recaídas. Um estudo realizado na Holanda verificou que a adesão à terapêutica farmacológica está associada a eventos de tratamento menos agudos e a uma redução dos custos de tratamento dos doentes com esquizofrenia, estimando que a poupança de custo anual por doente possa variar entre 32% e 43% (Van der Lee *et al.* (2016), citado por Kovács *et al.* (2018)).

O estudo de Laidi *et al.* (2018) teve como objetivo estimar o custo direto de tratamento de doentes com esquizofrenia na França e identificar os fatores associados a esse custo. O estudo incluiu doentes com mais de 16 anos com diagnóstico de esquizofrenia admitidos em nove centros especializados de França, considerando os custos relacionados com internamento (tempo integral e parcial), consultas e medicamentos. Incluiu ainda três categorias de fatores potencialmente associados aos custos diretos de tratamento: características demográficas (idade e sexo), socioeconómicas (estado civil, nível educacional e situação profissional) e clínicas (gravidade dos sintomas, idade de início da doença e comorbilidades).

O estudo estimou um custo direto médio (mediano) por doente de 14.995€ (3.445€), observando uma grande variabilidade do custo médio anual que oscilou entre 991€ e

² A escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF) proporciona um método de classificação numérica do grau de funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo. É uma escala bastante utilizada para rastrear o progresso clínico dos doentes em termos globais, através da atribuição de uma medida única, que pode variar de 0 a 100.

126.355€. O internamento a tempo integral foi a componente mais significativa do custo total (55,48%), seguida do internamento a tempo parcial (29,33%) e dos medicamentos (8,65%). Um maior comprometimento funcional do doente (avaliado com a escala GAF), estar solteiro e um nível educacional inferior foram fatores significativamente associados a custos mais elevados de cuidados de saúde. Pelo contrário, as características demográficas e a situação profissional não foram significativamente associadas aos custos diretos de tratamento da esquizofrenia.

Além disso, os autores encontraram uma associação estatisticamente significativa entre o centro especializado e o custo direto de tratamento da esquizofrenia, destacando-se uma variabilidade dos custos dependente do modelo de acompanhamento terapêutico.

Os autores consideraram que apesar do reduzido tamanho da amostra, ao contrário da maioria dos estudos que são realizados com base em bancos de dados administrativos, a população deste estudo foi definida com base em critérios de diagnóstico padronizados, após entrevistas com avaliadores especializados, o que maximiza a sua homogeneidade.

A identificação dos fatores associados aos custos de tratamento dos doentes com esquizofrenia permite delinear estratégias para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir o recurso à hospitalização, com uma diminuição nos custos dos cuidados de saúde.

Em Portugal, existem poucos dados sobre os custos da esquizofrenia. Contudo, importa referir os estudos recentes de Gouveia *et al.* (2017) e, na secção seguinte, de Perelman *et al.* (2017).

O estudo realizado por Gouveia *et al.* (2017) estimou que o custo total da esquizofrenia em 2015 foi de 436,3 milhões de euros, sendo que os custos diretos - internamento, consultas, hospital de dia, visitas domiciliárias, reabilitação, urgências, terapêutica farmacológica e transporte – da esquizofrenia foram de 96,1 milhões de euros (0,6% de todas as despesas de saúde em 2015). A estes acrescem os custos indiretos (absenteísmo, não participação no mercado de trabalho e produtividade reduzida) no valor de 331 milhões de euros e os custos indiretos dos cuidadores no valor de 9,3 milhões de euros, o que perfaz um total de custos indiretos de 340,3 milhões de euros.

Segundo os autores, “este resultado é muito diferente do habitualmente estimado para outras doenças, já que os custos indiretos representam 78% dos custos totais. Noutras doenças, o valor dos custos indiretos é quase sempre minoritário” (2017: 9).

Em estudo utilizou a metodologia *top-down* tendo estimado a proporção dos custos globais especificamente associada aos doentes com esquizofrenia. Tendo calculado um total de custos diretos associados à esquizofrenia de €96,1 milhões e uma estimativa de 40.142 doentes em seguimento (no setor público e privado) é possível estimar-se um custo direto médio por doente de 2.393€.

2.2. O financiamento das perturbações mentais graves em Portugal

Na definição do PNSM 2007-2016 foram identificados vários constrangimentos no sistema de saúde mental, nomeadamente: problemas de acessibilidade aos cuidados especializados, assimetrias geográficas na distribuição de recursos financeiros e humanos, reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade, escasso número de profissionais não médicos, qualidade dos serviços abaixo do razoável e financiamento global insuficiente (Palha, 2016).

Neste contexto, o PNSM reconheceu a necessidade de introduzir mudanças significativas no modelo de gestão e financiamento dos serviços de saúde mental tendo em conta as especificidades dos cuidados de saúde mental, não sendo adequado manter um modelo de financiamento assente exclusivamente nas linhas de produção hospitalar (internamento, consultas, hospital de dia e urgências) e que não reflete as atividades efetivamente desenvolvidas pelos profissionais dos serviços de saúde mental.

Não obstante os sucessivos processos de avaliação internos e externos, as expectativas do PNSM ficaram longe de ser alcançadas, persistindo os obstáculos à sua implementação conforme refere o Relatório da Avaliação do PNSM publicado em 2017 (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

Passados dez anos desde o início da implementação do PNSM, o modelo de pagamento dos serviços de saúde mental manteve-se inalterado, excessivamente centrado na atividade médica, incentivando o volume de serviços e a fragmentação de cuidados, e dificultando a promoção de um sistema integrado de cuidados com base na comunidade.

A este respeito, o Relatório da Avaliação do PNSM reforça a importância de três instrumentos fundamentais no sucesso das políticas de saúde mental: “uma infraestrutura de informação eficaz e abrangente de recolha, análise e medição de *inputs* e resultados, financiamento ajustado à carga global de doença e um modelo de

pagamento que incentive as melhores práticas de promoção e tratamento em saúde mental”.

O relatório “Pagamentos Inovadores para o Sistema de Saúde Mental Português” publicado em 2017, assumindo que os modelos de pagamento podem incentivar financeiramente as melhores práticas clínicas, propõe um modelo alternativo de pagamento dos prestadores de cuidados de saúde mental em Portugal, que foi desenvolvido em quatro áreas de atuação consideradas prioritárias: a prevenção das perturbações mentais no início da vida; a deteção das perturbações na infância e na adolescência; o desenvolvimento de um modelo colaborativo faseado para a depressão; e, o pagamento integrado por paciente, baseado no valor, para perturbações mentais graves (Perelman *et al.*, 2017).

No que respeita ao tratamento de perturbações mentais graves³ sugere um pagamento integrado anual por doente que permita a cobertura de todos os serviços prestados relacionados com saúde mental (consultas, internamentos, MCDT, hospital de dia, medicação administrada no hospital e urgências psiquiátricas), ou seja, um pagamento pelo tratamento completo do doente e não pelos serviços específicos que lhe são prestados.

Este programa pressupõe como requisitos a existência de equipas de saúde mental na comunidade e de protocolos com os cuidados de saúde primários, cuidados continuados, autarquias e serviços sociais.

Este estudo permitiu estimar o custo global dos cuidados prestados no âmbito do tratamento de doentes com perturbações mentais graves, nomeadamente nas psicoses esquizofrénicas, tendo por base os registos clínicos dos doentes adultos (18 anos ou mais) com diagnósticos de perturbações mentais graves seguidos pelas equipas de saúde mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) e Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e tratados entre 1 de setembro de 2014 e 31 de agosto de 2015.

Os autores optaram por ajustar os custos de tratamento das perturbações mentais graves em função da idade e da fase de tratamento em que o doente se encontra (fase inicial do tratamento se o doente está a ser seguido pelo hospital há menos de 3 anos; caso contrário, assumiram que o doente já está em fase de seguimento).

³ No que respeita às perturbações mentais graves, o estudo selecionou com o auxílio de especialistas os seguintes códigos de diagnósticos classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças ICD-9-CM: perturbações mentais induzidas por droga (292), psicoses esquizofrénicas (295), psicoses afetivas (296), psicoses delirantes (297) e psicoses não orgânicas (298).

No caso das psicoses esquizofrénicas, o referido relatório propõe os seguintes pagamentos anuais por doente em função da respetiva fase de tratamento e da faixa etária do doente:

Tabela 3 – Valor médio anual do tratamento de pacientes com psicoses esquizofrénicas (código ICD-9-CM: 295)

Faixa etária	Valor médio anual (€)	
	Fase inicial de tratamento	Fase de seguimento
18-44	3 782 €	3 511 €
45-64	2 330 €	2 496 €
>64	2 774 €	2 695 €

Fonte: Perelman *et al.* (2017)

Os resultados deste relatório mostraram que no conjunto das perturbações mentais graves, as psicoses esquizofrénicas representaram uma das patologias mais caras. Para um doente a quem seja diagnosticado uma esquizofrenia, o custo pode variar entre 2.330€ e 3.782€ consoante a sua idade e a fase de tratamento. É ainda possível verificar que o custo médio anual aumenta com a idade e que o custo de tratamento da esquizofrenia é maior numa fase inicial do tratamento.

Este estudo verificou que as variações de custo entre fases de tratamento e classes etárias dentro da mesma categoria de diagnóstico revelam a importância destes fatores na determinação do custo das perturbações mentais graves, pelo que sugerem a sua consideração no financiamento do sistema de saúde mental.

Em 2018 no âmbito do processo de contratualização de cuidados do SNS foi implementado um programa piloto de tratamento de doentes com perturbação mental grave em cinco instituições piloto⁴, que define um preço anual por doente tratado que engloba o internamento, consultas e MCDT (incluindo a comunidade), e medicamentos intrínsecos ao tratamento de doentes em consulta e/ou hospital de dia (ACSS, 2017).

Este programa, que se mantém em 2019, inclui psicoses esquizofrénicas, psicoses afetivas e psicoses não orgânicas de acordo com a codificação ICD-10, excluindo doentes residentes (ou seja, doentes com um tempo de internamento superior a 6 meses), contemplando os seguintes preços:

⁴ As cinco instituições piloto são: Hospital de Magalhães Lemos EPE, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE, Centro Hospitalar de S. João EPE e Hospital do Espírito Santo de Évora EPE.

Tabela 4 – Programa Piloto de Tratamento de Doentes com Perturbação Mental Grave

Tratamento de Perturbação Mental Grave	Preço (€)
Psicoses esquizofrénicas (Doente Eq. Ano)	1 519 €
Psicoses afetivas (Doente Eq. Ano)	1 035 €
Psicoses não orgânicas (Doente Eq. Ano)	799 €

Fonte: ACSS (2017)

Este programa de financiamento propõe um pagamento prospetivo fixo pelo tratamento anual destes doentes. Deste modo, a instituição irá receber o valor anual de 1.519€ para tratar o doente a quem seja diagnosticado uma esquizofrenia. O valor proposto é claramente inferior ao custo estimado de tratamento das psicoses esquizofrénicas referido no relatório “Pagamentos Inovadores para o Sistema de Saúde Mental Português”.

Importa salientar que se desconhece a metodologia de apuramento do valor proposto e que este programa de financiamento não contempla o seu ajustamento em função de parâmetros associados à variação no custo do tratamento da esquizofrenia tais como a idade, a gravidade dos sintomas e a fase de tratamento.

2.3. O modelo de pagamento por preço compreensivo

A sustentabilidade financeira do sistema de saúde impõe a introdução de novos modelos de pagamento e de incentivos aos prestadores de cuidados baseados nos resultados em saúde, contrariando a lógica do atual modelo de cuidados. Tal corresponde a uma mudança de um sistema fragmentado e relativo a episódios isolados de doença para um modelo integrado de cuidados numa cadeia de valor orientada para o doente (Alves *et al.*, 2016).

No atual modelo de financiamento, os prestadores são incentivados a aumentar o volume de atos a produzir, sem incrementar necessariamente o valor que acrescentam (Dias, 2015). Acrescentar valor é alterar o foco do volume para os resultados em saúde (Santos, 2014).

O financiamento atual dos hospitais no SNS baseia-se essencialmente no modelo de pagamento ao ato ou por episódio, que reembolsa os prestadores de acordo com os diferentes serviços que prestam (consultas, internamento, hospital de dia e urgências), incentivando a multiplicação de atos médicos, eventualmente desnecessários, e conduzindo “a uma fragmentação dos cuidados que não é benéfica para uma gestão equilibrada e eficaz de doenças crónicas” (Perelman *et al.*, 2017: 47).

Não obstante, Portugal tem dado passos significativos no sentido de introduzir de forma complementar um modelo de pagamento por preço compreensivo aplicado a algumas doenças como o VIH, esclerose múltipla, doenças lisossomais de sobrecarga, cancro colorretal, cancro da mama e cancro do colo do útero.

O financiamento do tratamento dos doentes com perturbações mentais graves, como referido anteriormente, começou em 2018 a dar os primeiros passos com vista ao pagamento por preço compreensivo, abandonando assim o pagamento por ato/episódio, com o intuito de favorecer as melhores práticas em saúde mental, promovendo a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, incluindo na comunidade, e incentivando a integração dos cuidados de saúde mental (ACSS, 2017).

O pagamento por preço compreensivo (*bundled payment*) corresponde assim à atribuição de um valor médio por doente, para um determinado período de tempo, que engloba o conjunto de atos clínicos, medicamentos e outras atividades consideradas essenciais para uma adequada prestação de cuidados no âmbito de um determinado tipo de procedimento ou tratamento (Escoval *et al.* 2010).

São várias as vantagens apontadas na literatura a este modelo de pagamento (Alves *et al.*, 2016; Perelman *et al.*, 2017):

- Incentiva o prestador a gerir de forma eficiente os cuidados prestados, evitando o excesso de atos médicos como consultas ou exames, de forma a não ultrapassar o valor do pagamento por doente, promovendo assim uma possível diminuição dos custos;
- Permite uma maior flexibilidade para o prestador que é incentivado a optar pela combinação de serviços que proporciona melhores resultados ao custo mais baixo;
- Favorece a integração dos cuidados de saúde uma vez que o conjunto dos prestadores intervenientes no tratamento recebe um único pagamento, que é distribuído por cada um deles;

- Promove incentivos à identificação e resolução das ineficiências do sistema, uma vez que o volume de procedimentos deixa de ser o principal vetor na definição das verbas;
- Para o Estado enquanto pagador/contratador, este tipo de pagamento permite uma maior previsibilidade e controlo da despesa já que se baseia no número de doentes a tratar, com um valor fixo por doente, reduzindo o risco financeiro.

Contudo, existem riscos associados a este modelo de pagamento, nomeadamente (Alves *et al.*, 2016; Perelman *et al.*, 2017):

- As dificuldades inerentes à definição de um único episódio (*bundle*), especialmente no caso das doenças crónicas;
- A necessidade de contenção de custos poderá induzir à diminuição da qualidade do tratamento sendo, por isso, essencial que este pagamento inclua uma componente que dependa dos resultados em saúde e da implementação de boas práticas, à semelhança do que acontece nos EUA;
- Este pagamento poderá incentivar a seleção de casos ou penalizar os prestadores que tratam casos mais graves e também mais onerosos. Neste sentido, é necessário realizar um ajuste no pagamento com base no perfil e situação clínica do doente de forma a minimizar o risco dos prestadores de saúde e garantir uniformidade do acesso à população (ajustamento pelo risco);
- O pagamento poderá não ter o valor adequado sendo incapaz de fazer face à despesa incorrida com o tratamento. Para que seja possível definir um valor global de pagamento que seja adequado é necessário implementar sistemas de informação sistematizada e coerente, tanto a nível clínico como económico-financeira (custos de tratamento).

Este modelo de pagamento foi concebido para incentivar a utilização de boas práticas. Contudo em Portugal, à semelhança de outros países, a avaliação é frequentemente de baixa qualidade e sobretudo inexistente. “A falta de avaliação de resultados e custos é uma das principais barreiras à melhoria do desempenho e à criação de valor em saúde” (Dias, 2015:7).

O modelo de pagamento por preço compreensivo torna necessária a adequação das estruturas e dos profissionais que as integram, capacitando-os para um modelo assistencial integrado assente no ciclo de cuidados e construindo um sistema de informação em saúde que permita estabelecer as bases fundamentais ao desenvolvimento de um sistema de saúde assente na criação de valor.

3. OBJETIVOS

Este trabalho tem como principal objetivo estimar os custos diretos do tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS e os seus determinantes, e comparar com os custos obtidos noutros estudos. Pretende-se, ainda, caraterizar os custos de subgrupos da população de modo a avaliar a possibilidade de um melhor ajustamento do financiamento hospitalar em função das caraterísticas demográficas (idade e sexo).

Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caraterizar a amostra em estudo no que se refere à frequência relativa por sexo e grupo etário, média da idade, número médio de consultas, número médio de sessões de hospital de dia e demora média do internamento;
- Estimar o custo médio de tratamento da psicose esquizofrénica por tipo de cuidados prestados: internamento, consulta e hospital de dia;
- Avaliar a associação entre as caraterísticas demográficas e o custo de tratamento obtido.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo observacional, transversal, retrospectivo tendo por base registos clínicos.

4.2. População do estudo

Este estudo teve como população alvo todos os doentes diagnosticados com psicose esquizofrénica (ICD-9-CM 295), seguidos no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) durante o período compreendido entre 01/01/2016 e 31/12/2016.

Os doentes foram identificados com base no diagnóstico da consulta de psiquiatria. No entanto, devido à falta de diagnóstico em muitos casos, a informação foi completada com base nos episódios de internamento associados ao diagnóstico de psicose esquizofrénica no período 2005-2015, permitindo deste modo tornar a amostra mais representativa. Ou seja, foram incluídos doentes em consulta de psiquiatria cujo diagnóstico não era conhecido, mas que foi recuperado com base nos seus internamentos passados.

Foram incluídos todos os doentes adultos (com idade superior a 18 anos) que durante o ano de 2016 estiveram internados ou foram seguidos em pelo menos uma consulta de psiquiatria incluindo uma sessão de hospital de dia de psiquiatria.

Deste modo, foram excluídos 28 doentes que no decurso do ano de 2016 tiveram unicamente um episódio de consulta. Assim, a amostra em estudo abrangeu 380 doentes diagnosticados com psicose esquizofrénica seguidos no CHVNG/E no ano de 2016.

4.3. Recolha de dados de custos

A estimativa do consumo de recursos, e dos respetivos custos, foi efetuada utilizando a metodologia *bottom-up*, que consiste em medir a utilização de recursos e posteriormente valorizá-los através dos preços.

Na medição dos recursos, foram recolhidas as seguintes variáveis:

a) **Internamento:**

- Número de episódios de internamento em 2016 com código de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) 750 - «Esquizofrenia», com tempo de internamento e nível de severidade associados.

Em Portugal utiliza-se o Sistema de Classificação de Doentes em GDH, que classifica episódios agudos de doença tratados em internamento, permitindo caracterizar operacionalmente a produção de um hospital. O nível de severidade da doença é entendido enquanto extensão de uma descompensação fisiológica ou perda de funções de um órgão, e subdivide cada GDH em quatro níveis de severidade por ordem crescente, de «Menor», «Moderado», «Major» a «Extremo» (Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto).

b) **Consultas:**

- Número de consultas de psiquiatria (incluindo sem a presença do utente), de enfermagem e de psicologia realizadas em 2016;
- MCDT (incluindo exames e análises) realizados no âmbito destas consultas.

c) **Hospital de Dia:**

- Número de sessões de hospital de dia de psiquiatria realizadas em 2016;
- MCDT (incluindo exames e análises) realizados no âmbito do hospital de dia de psiquiatria;
- Medicação administrada em hospital de dia (antipsicóticos injetáveis de primeira geração - decanoato de haloperidol).

De referir que em 2016 o Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E não realizava consultas de psiquiatria na comunidade, serviço domiciliário e urgência (que funciona no Centro Hospitalar do São João, E.P.E.), pelo que não foram incluídas no estudo estas linhas de atividade.

Na valorização dos recursos (internamento, consulta e MCDT referentes à consulta e ao hospital de dia), utilizaram-se os preços definidos na Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto, em vigor no período em observação, que aprova o regulamento e as tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS. Os episódios excecionais de internamento (de curta duração e de evolução prolongada) foram calculados de acordo com o disposto no artigo 6.º da referida Portaria.

No caso da medicação administrada em hospital de dia, como não estava imputada ao doente, foram identificados os medicamentos consumidos com indicação terapêutica exclusiva para o tratamento da esquizofrenia. Os preços desta medicação foram fornecidos pelo próprio hospital.

Para além dos dados relacionados com os recursos, foram ainda recolhidas variáveis demográficas dos doentes, nomeadamente a idade e o sexo.

Com o intuito de avaliar a associação entre as características demográficas e o custo do tratamento foram realizados dois testes estatísticos, ambos com nível de significância de 5%. O primeiro, teste T, foi aplicado na comparação entre doentes do sexo masculino e do sexo feminino. O segundo, teste Anova, foi aplicado entre três grupos etários: 18-44, 45-64 e mais de 65 anos.

5. RESULTADOS

A amostra em estudo apresentou uma maior prevalência de doentes do sexo masculino (65%) e a média de idades foi de 47 anos (Tabela 5). Os 380 doentes diagnosticados com psicose esquizofrénica seguidos no CHVNG/E no ano de 2016 realizaram em média 5,5 consultas e 9,3 sessões de hospital de dia. Em termos de internamento, a demora média foi de 28 dias.

De salientar que os doentes do sexo masculino consumiram em média mais consultas (+1,2), sessões de hospital de dia (+4,3) e dias de internamento (+1,4) que os doentes do sexo feminino.

Tabela 5 – Caracterização da amostra em estudo, por sexo

Sexo	N.º doentes	%	Média Idade	N.º Médio Consultas	N.º Médio Sessões	Demora média (dias)*
Feminino	132	35%	51	4,7	6,5	27,2
Masculino	248	65%	44	5,9	10,8	28,6
Total	380		47	5,5	9,3	28,0

* Demora média calculada em função dos doentes internados.

Analisando a amostra em estudo por grupos etários (Tabela 6), verificou-se uma maior prevalência de doentes com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos (47%), seguindo-se o grupo etário dos 45 aos 64 anos (43%). Os doentes com idade acima dos 64 anos representaram 10% da amostra.

Tabela 6 – Caracterização da amostra em estudo, por grupo etário

Grupo etário	N.º doentes	%	Média Idade	N.º Médio Consultas	N.º Médio Sessões	Média Internamentos*	% Ep. NS 1*	% Ep. NS 2*	% Ep. NS 3*	Demora média (dias)*
18-44	178	47%	36	5,9	10,2	1,2	52,5%	37%	0%	22,5
45-64	165	43%	53	5,3	9,5	1,1	47,5%	42%	0%	15,1
>64	37	10%	69	4,3	4,0	1,0	0	21%	100%	18,5
Total	380		47	5,5	9,3	1,1	66%	31%	3%	28,0

Legenda: Ep. - N.º de Episódios; NS - Nível de Severidade

* Indicador calculado em função dos doentes internados.

A média de idades nos grupos etários dos doentes entre 18-44 anos e 45-64 anos foi 36 e 53 anos, respetivamente. De salientar que no grupo etário dos doentes idosos (mais de 65 anos), a média de idades foi de 69 anos.

Os doentes mais jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos foram os que consumiram mais recursos, uma média anual de 5,9 consultas, 10,2 sessões de hospital de dia e 1,2 episódios de internamento com uma demora média de 22,5 dias.

Contudo, importa salientar que os episódios de internamento com nível de severidade 3 ("major") estiveram associados ao grupo dos doentes idosos (mais de 65 anos).

No que se refere ao internamento do Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E, o GDH 750 - «Esquizofrenia» foi o segundo mais frequente no ano de 2016 com 61 episódios, apenas ultrapassado pelo GDH 754 - «Depressão excepto perturbações depressivas major» (79 episódios).

A Tabela 7 mostra a distribuição dos episódios de internamento da amostra em estudo por níveis de severidade.

Tabela 7 – Episódios de internamento do ano de 2016 por nível de severidade

Nível de severidade	N.º episódios	%	Demora média (dias)
Nível 1 - "menor"	40	66%	22,9
Nível 2 - "moderado"	19	31%	39,2
Nível 3 - "major"	2	3%	24,0
Total de episódios	61		28,0

Dos 61 episódios de internamento, 40 concentraram-se no nível de severidade 1 (66%), com um tempo médio de internamento de 22,9 dias. A demora média mais elevada verificou-se no nível de severidade 2 com 39,2 dias. Apenas 2 episódios de internamento foram associados ao nível de severidade 3 com uma demora média de 24 dias e não houve qualquer episódio com nível de severidade 4.

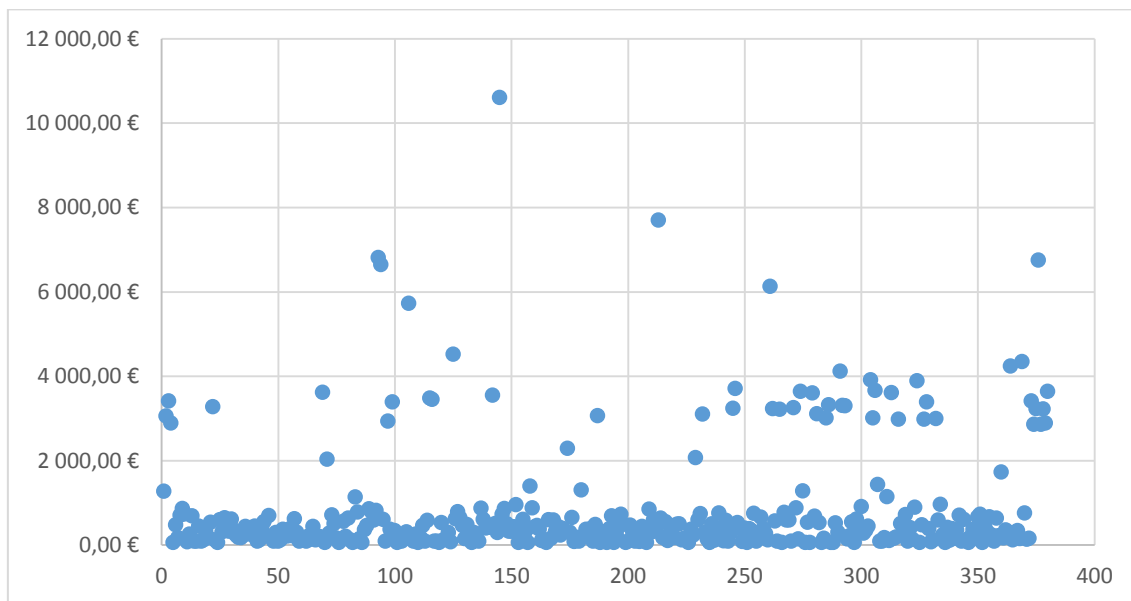
No que respeita aos custos de tratamento da psicose esquizofrénica, estimou-se um custo direto médio por doente de 844,90€ conforme mostra a tabela seguinte:

Tabela 8 – Custo médio de tratamento por tipo de cuidados prestados em 2016

Cuidados Prestados	Custo médio por doente
Internamento	497,30 €
Consulta	192,01 €
Hospital de Dia	155,59 €
Média	844,90 €
Mediana	356,94 €
Desvio Padrão	1 357,00 €

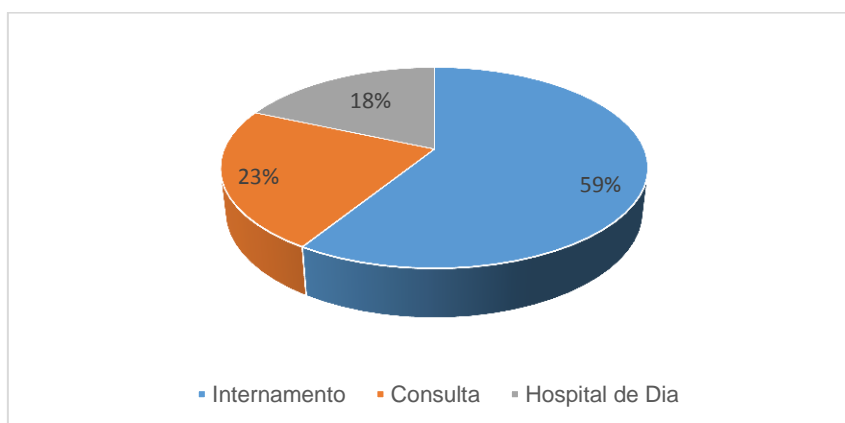
De salientar que se verificou uma grande dispersão nos custos por doente que variaram entre 56€ e 10.606,84€ (desvio padrão de 1.357€), conforme mostra o Gráfico 1. O doente com menor custo de tratamento teve duas consultas e o doente mais dispendioso teve 6 consultas e 3 episódios de internamento com nível de severidade 2.

Gráfico 1 – Distribuição do custo médio de tratamento



Analisando-se a distribuição dos custos diretos de tratamento da psicose esquizofrénica por tipo de cuidados prestados, conforme mostra o Gráfico 2, verificou-se que o internamento representou a componente mais significativa do custo total (59%), seguindo-se a consulta (23%) e o hospital de dia (18%).

Gráfico 2 – Distribuição dos custos por tipo de cuidados prestados (em %)



A tabela seguinte discrimina os custos diretos de tratamento detalhados por tipo de cuidados prestados (internamento, consulta e hospital de dia):

Tabela 9 – **Custo médio de tratamento do doente por tipo de cuidados prestados**

Internamento - GDH 750	N.º	Preço	Custo Total (CT)	Peso no CT (%)
Nível severidade 1	40	2 858,08 €	107 178,05 €	57%
Nível severidade 2	19	3 391,40 €	68 297,04 €	36%
Nível severidade 3	2	6 749,43 €	13 498,86 €	7%
Custo total do internamento	61		188 973,95 €	100%
Custo médio por doente			497,30 €	
Consulta	N.º	Preço	Custo Total (CT)	Peso no CT (%)
Médica	1722	31,00 €	53 382,00 €	73%
Sem presença utente	269	25,00 €	6 725,00 €	9%
Enfermagem/Psicologia	85	16,00 €	1 360,00 €	2%
	2076		61 467,00 €	84%
MCDTs (análises e exames)			11 497,78 €	16%
Custo total das consultas	2076		72 964,78 €	100%
Custo médio por doente			192,01 €	
Hospital de Dia	N.º	Preço	Custo Total (CT)	Peso no CT (%)
MCDTs (análises e exames)			46 047,96 €	78%
Medicação			13 075,92 €	22%
Custo total do hospital de dia			59 123,88 €	100%
Custo médio por doente			155,59 €	
Custo total de tratamento			321 062,61 €	
Custo médio por doente			844,90 €	

Da análise da tabela importa salientar o seguinte:

- No internamento, os doentes codificados com nível de severidade 1 representaram 57% do custo total de internamento;
- Na consulta, os MCDT realizados representaram 16% do seu custo total;
- No hospital de dia, os MCDT representaram o maior peso (78%), ainda assim a medicação administrada foi responsável por 22% do custo total do hospital de dia.

Os doentes mais jovens (18-44 anos) foram os que consumiram mais recursos de saúde em termos quantitativos, conforme referido anteriormente (Tabela 6). Contudo, quando valorizados verificou-se que o custo médio do grupo dos doentes idosos (mais de 65 anos) foi o mais elevado, conforme mostra a tabela seguinte:

Tabela 10 – Custo médio de tratamento por tipo de cuidados prestados e grupo etário em 2016

Grupo etário	Custo médio por doente			Total
	Internamento	Consulta	Hospital de Dia	
18-44	437,45 €	219,00 €	166,40 €	822,85 €
45-64	509,36 €	172,00 €	161,67 €	843,02 €
>64	731,47 €	151,45 €	76,46 €	959,38 €

O custo médio da consulta e do hospital de dia foi superior no grupo dos doentes mais jovens (18-44 anos). Contudo, no internamento, que representa a componente mais significativa do custo total, o custo médio foi mais elevado no grupo dos doentes idosos (mais de 65 anos), o que reflete os custos dos episódios de internamento com nível de severidade 3.

As associações entre os custos médios de tratamento da esquizofrenia e os parâmetros potencialmente associados (sexo e idade) foram estudadas usando os testes estatísticos T e Anova. Os resultados desta análise são apresentados nas tabelas seguintes.

Tabela 11 – Custo médio de tratamento por sexo e resultados do Teste T

	Doentes Sexo Feminino	Doentes Sexo Masculino
Média	940,49 €	794,03 €
Desvio padrão	1 585,04 €	1 218,85 €
Observações	132	248
Hipótese de diferença de média	0	
Graus de liberdade	215	
Estatística t	0,93	
P(T<=t) bi-caudal	0,36	
t crítico bi-caudal	1,97	

Da análise da Tabela 11, verificou-se que o custo médio de tratar doentes do sexo feminino foi superior ao custo médio dos doentes do sexo masculino. Contudo, aplicado o teste T com um nível de significância de 5% obteve-se um *p-value* de 0,36, o que permitiu concluir que não existe diferença significativa entre o custo médio de tratamento dos doentes do sexo masculino e do sexo feminino.

Tabela 12 – Custo médio de tratamento por grupo etário e resultados do Teste Anova

Grupos etários	Contagem	Média	Variância
Grupo etário 1	178	822,85 €	1 214,07 €
Grupo etário 2	165	843,02 €	1 406,85 €
Grupo etário 3	37	959,38 €	1 762,67 €

Fonte de variação	Graus Liberdade	Estatística F	Valor P	F crítico
Entre grupos	2	0,15	0,86	3,02
Dentro de grupos	377			
Total	379			

Da análise da Tabela 12, constatou-se que o custo médio de tratamento aumentou com a idade, sendo que apenas no grupo etário acima dos 64 anos o custo médio por doente excedeu em 13,5% o custo médio da amostra (844,90€). Ainda assim, aplicado o teste Anova com um nível de significância de 5% obteve-se um *p-value* de 0,86, o que permitiu concluir que não existem diferenças significativas entre os custos médios de tratamento dos diferentes grupos etários.

6. DISCUSSÃO

6.1. Principais resultados

Este estudo procurou estimar o custo direto de tratamento dos doentes com psicose esquizofrénica tendo por base uma amostra de 380 doentes seguidos no CHVNG/E durante o ano de 2016. A metodologia utilizada permitiu valorizar as principais tipologias de custo (internamento, consulta e hospital de dia) e o seu peso sobre o custo total de tratamento.

Do estudo realizado salientam-se os principais resultados:

- O custo médio de tratamento por doente em 2016 foi de 844,90€;
- Verificou-se uma grande dispersão nos custos médios por doente que variaram entre 56€ e 10.606,84€;
- O internamento foi a componente de cuidados mais representativa do custo total de tratamento (59%);
- As características demográficas não foram significativamente associadas aos custos diretos de tratamento da esquizofrenia.

6.2. Interpretação dos resultados e comparação com a literatura

O custo médio de tratamento obtido neste estudo foi inferior aos resultados dos estudos portugueses de Perelman *et al.* (2017) e Gouveia *et al.* (2017) que estimaram um custo anual por doente de 1.577€ e 2.393€, respetivamente.

Não obstante as diferenças metodológicas dos vários estudos poderem influenciar os resultados obtidos e a sua comparabilidade, importa referir que os autores Perelman *et al.* (2017) e Gouveia *et al.* (2017) incluíram nas suas estimativas linhas de atividade que no caso do CHVNG/E não se aplicaram tais como a urgência psiquiátrica, consultas de psiquiatria na comunidade e serviço domiciliário, o que necessariamente implicou uma maior utilização de recursos de saúde logo um aumento nos custos de tratamento obtidos.

A falta de adesão ao tratamento é bastante comum na esquizofrenia. Nestas situações, a prescrição do antipsicótico injetável revela-se uma terapêutica alternativa aos antipsicóticos orais uma vez que tem um efeito de longa ação, permitindo minimizar as consequências da não adesão à terapêutica oral.

Em 2016, o CHVNG/E administrava em hospital de dia os chamados antipsicóticos injetáveis de primeira geração (decanoato de haloperidol). Contudo, há hospitais que cedem gratuitamente os antipsicóticos injetáveis de segunda geração (paliperidona), uma classe mais moderna de antipsicóticos que possuem menos efeitos colaterais, mas que são significativamente mais caros. A escolha da terapêutica farmacológica tem obviamente implicações nos custos e o facto do CHVNG/E ter optado pelos antipsicóticos injetáveis de primeira geração contribuiu também para o baixo custo de tratamento obtido.

Estas diferenças verificadas ao nível dos custos médios de tratamento podem resultar não de questões de eficiência, mas sobretudo de diferentes práticas clínicas. Por isso, a medição de custos deve necessariamente ser acompanhada pela medição de resultados, de modo a identificar as “práticas clínicas com maior valor para os doentes, nomeadamente a continuidade e integração de cuidados prestados em ambulatório ou o envolvimento de outros prestadores de cuidados” (Alves *et al.*, 2016).

Comparando o custo médio de tratamento da psicose esquizofrénica do CHVNG/E com os resultados de um estudo internacional recente (Kovács *et al.*, 2018), verifica-se que o custo obtido é muito inferior ao do país onde custo é menor (Polónia). Esta variação nos custos de tratamento pode estar mais uma vez relacionada com a não inclusão de uma série de cuidados (tais como intervenções comunitárias, psicossociais e farmacológicas).

Outra razão poderá prender-se com o subfinanciamento da saúde mental em Portugal. Utilizaram-se como custos unitários das consultas e internamento os preços pagos pelo SNS, que se supõe estarem muito subvalorizados, resultando em custos de tratamento inferiores quando comparados com outros países. Mais uma vez, torna-se fundamental comparar a qualidade dos cuidados prestados com a dos outros países.

Identificou-se ainda uma dispersão significativa no custo médio de tratamento dos doentes com esquizofrenia que poderá estar associada à variação no consumo de cuidados de saúde destes doentes e, consequentemente, nos custos desses cuidados. As combinações de cuidados prestados aos doentes da amostra em estudo são muito heterogéneas. Houve doentes que apenas estiveram internados, outros por exemplo tiveram simultaneamente episódios de consulta, hospital de dia e

internamento. De igual modo, a quantidade dos cuidados prestados é muito variável. Por exemplo, o número de sessões de hospital de dia variou entre 1 e 108.

Esta variação na utilização de recursos pode estar associada com a fase de tratamento em que se encontra a doença, que não foi possível analisar neste estudo por falta de dados. Segundo os autores Perelman *et al.* (2017) a fase aguda das perturbações esquizofrénicas, que corresponde à fase inicial do tratamento, exige mais recursos do que a fase de seguimento (estabilização). É necessário identificar e tratar os fatores que conduziram ao episódio agudo, estabelecer uma estratégia com o doente e a família, definir um plano de tratamento e fazer a articulação com os cuidados pós hospitalares, envolvendo as equipas comunitárias.

Apesar das diferenças observadas no custo de tratamento por doente, na revisão de literatura realizada é consensual que o internamento representa a componente de cuidados com maior impacto nos custos diretos de tratamento dos doentes com esquizofrenia.

A diminuição do número de internamentos pode contribuir não só para uma melhoria dos resultados em termos clínicos como também para uma alocação mais eficiente dos recursos de tratamento disponíveis. Melhorar a adesão dos doentes à terapêutica antipsicótica, prevenindo as recaídas, pode reduzir o recurso à hospitalização e, por conseguinte, diminuir os custos de tratamento (Tajima *et al.*, 2015; Kovács *et al.*, 2018).

Do mesmo modo, as intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia podem reduzir o número e a duração dos internamentos. O estudo de Gago (2012) mostrou que a implementação de um programa de cuidados integrados para doentes com esquizofrenia no contexto clínico das equipas de saúde mental comunitárias de um Departamento de Psiquiatria do SNS permitiu diminuir o número de internamentos num ano (menos 64%) e a duração desses internamentos (menos 66%, o que representou menos 999 dias). Este programa contemplou um modelo clínico do *case management*, através do qual cada doente teve um terapeuta de referência e, em 98% dos casos, um plano individual de cuidados.

Por último, os resultados obtidos indiciam que o custo de tratamento dos doentes com esquizofrenia aumenta com a idade. Contudo, à semelhança da conclusão do estudo de Laidi *et al.* (2018), as características demográficas (sexo e idade) não foram significativamente associadas aos custos diretos de tratamento da esquizofrenia. Estes resultados podem dever-se eventualmente ao facto da amostra ser relativamente pequena. Pelo contrário, os autores Perelman *et al.* (2017) e Kovács *et*

al. (2018) identificaram a idade como um fator associado a custos mais elevados de tratamento.

O atual programa piloto de financiamento do SNS para o tratamento dos doentes com esquizofrenia prevê um pagamento fixo anual de 1.519€, não contemplando qualquer ajustamento. Neste caso, o valor contratualizado permitiria ao CHVNG/E fazer face ao custo médio de tratamento.

6.3. Limitações do estudo

Inerentes ao presente estudo existem limitações metodológicas que devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos.

Uma das limitações tem a ver com a reduzida dimensão da amostra devido ao facto do estudo incidir apenas sobre um hospital e no horizonte temporal de um ano, o que pode ter influenciado a não identificação de associações estatisticamente significativas. Esta opção metodológica foi condicionada por constrangimentos resultantes do tempo e pelos recursos disponíveis à execução deste estudo.

Outra limitação prende-se com a dificuldade de acesso aos dados, ou possivelmente inexistência dos mesmos, que não permitiu avaliar o impacto de outros fatores na variação dos custos de tratamento nomeadamente fatores clínicos como a gravidade dos sintomas, fase de tratamento e continuidade do tratamento/adesão terapêutica e, ainda, fatores socioeconómicos por exemplo, estado civil e nível educacional.

A ausência de informação hospitalar sobre custos ao nível do doente implicou que a valorização dos recursos utilizados fosse feita com base em preços administrativos (fixados na Portaria), opção também assumida nos estudos de Perelman *et al.* (2017) e Gouveia *et al.* (2017). Esta “imposição” metodológica sugere que o custo médio de tratamento obtido seja baixo atendendo que os preços possam estar muito subvalorizados.

Deste modo, quando se comparam os custos de tratamento dos doentes com psicose esquizofrénica, as diferenças que daí resultam refletem apenas diferenças no consumo de recursos de saúde e não ao nível da eficiência dos prestadores.

Estas diferenças na utilização dos recursos de saúde (internamento, consultas, hospital de dia, intervenção comunitária e urgência) sugerem diferenças nas práticas clínicas e na diferenciação e organização dos serviços de saúde mental.

Não se encontra ainda implementado um sistema integrado de informação que sustente o estudo e o conhecimento da saúde mental em Portugal. Os dados existentes encontram-se dispersos por várias bases de dados não integradas entre si, não permitindo o apuramento rigoroso dos custos associados ao processo terapêutico (Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, 2017).

7. CONCLUSÃO

A esquizofrenia é uma doença mental grave e debilitante, tendencialmente de evolução prolongada, que afeta cerca de 21 milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo uma importante causa de incapacidade e consumo de recursos económicos.

Apesar de a esquizofrenia estar associada a elevados custos para a sociedade decorrentes não só dos custos diretos (consumo de recursos de saúde) como também dos custos indiretos (nomeadamente resultantes da perda de produtividade laboral do doente e do seu cuidador), em Portugal pouco se conhece acerca dos custos de tratar esta doença.

O tratamento dos doentes com esquizofrenia exige uma resposta adequada e integrada das várias intervenções existentes (farmacológicas, psicológicas, psicossociais e sociais) de modo a que seja possível implementar um plano de cuidados adaptado às necessidades individuais de cada doente (Gago, 2012).

Neste contexto, o principal objetivo deste estudo foi estimar o custo direto de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS. Melhorar o conhecimento nesta área permite contribuir para uma afetação mais eficiente dos recursos de tratamento disponíveis.

Neste estudo, estimou-se um custo médio de tratamento por doente de 844,90€, claramente inferior aos custos obtidos nos estudos nacionais e internacionais consultados na revisão de literatura. Não obstante as diferentes abordagens metodológicas, as diferenças observadas ao nível dos custos médios de tratamento podem estar sobretudo relacionadas com a tipologia de cuidados prestados, o que sugere diferenças nas práticas clínicas e na diferenciação e organização dos serviços de saúde mental.

Dos resultados obtidos constatou-se que o internamento representou a componente de cuidados com maior impacto no custo total de tratamento (59%). Deste modo, diminuir o recurso à hospitalização melhorando a adesão dos doentes à terapêutica antipsicótica e aumentando a eficiência do atendimento ambulatorial, através de um programa de intervenções psicossociais dirigidas ao doente, poderá contribuir não só para uma melhoria dos resultados em termos clínicos mas também económicos.

O presente estudo permitiu perceber os constrangimentos significativos associados aos atuais sistemas de informação existentes. A dispersão de dados por várias entidades e por vários sistemas de informação não integrados entre si e a falta de padronização no registo de dados essenciais (clínicos e económicos), não permite monitorizar e custear a situação clínica de cada doente ao longo do processo terapêutico.

Deste modo, os sistemas de informação e mais concretamente a ausência de informação hospitalar sobre custos ao nível do doente é um dos principais obstáculos à definição de um modelo de pagamento ajustado à carga global de doença.

Uma área de investigação futura consiste no apuramento dos custos de tratamento da esquizofrenia tendo por base a medição do consumo de recursos de saúde ao nível do doente, em alternativa à utilização dos preços administrativos, de forma a avaliar o nível de eficiência dos diferentes prestadores e, ainda, o grau de subfinanciamento da saúde mental em Portugal.

Uma outra área que requer investigação tem a ver com a avaliação do impacto de outros fatores, para além dos “clássicos” fatores demográficos, na variação dos custos de tratamento da psicose esquizofrénica como sejam fatores clínicos como a gravidade dos sintomas, fase de tratamento e continuidade do tratamento/adesão terapêutica e, ainda, fatores socioeconómicos por exemplo, estado civil e nível educacional.

Uma análise futura deverá incluir ainda a medição de resultados no tratamento da psicose esquizofrénica, de modo a avaliar-se e comparar-se a qualidade dos cuidados prestados e a criação de valor em saúde.

De realçar que qualquer uma das áreas de investigação sugeridas só será exequível se efetivamente for possível implementar um sistema de informação na área da saúde mental que sustente o processo de recolha, análise e medição de recursos e resultados.

O desenvolvimento do estudo dos custos associados ao tratamento da psicose esquizofrénica, numa patologia com tão elevado impacto económico e social, permitiria alcançar ganhos de saúde significativos e otimizar a utilização dos recursos de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Lisboa: ACSS, 2018.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018. Lisboa: ACSS, 2017.

ALMOND, S. [et al.] – Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. **Br J Psychiatry**. 184 (2004) 346-351.

ALVES, E. C. [et al.] – Um Novo Modelo de Acesso à Inovação em Saúde Baseado em Resultados. [Em linha]. Lisboa: The Boston Consulting Group, 2016. [Consult. 1 Jul. 2018]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/11/RelatorioBCGJanssen-NovoModelodeAcessoInovacao-Nov16_vff.pdf

CALDAS DE ALMEIDA, J. ; XAVIER, M. – Estudo epidemiológico de saúde mental. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa, 2013.

COELHO, A. [et al.] – Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 32 : 1 (2014) 69-79.

COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DA REFORMA DA SAÚDE MENTAL – Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

DALTIO, C. S. [et al.] – Estudos farmacoeconómicos e carga da doença em esquizofrenia. **Rev. Psiqu. Clín.** 34 : 2 (2007) 208-212.

DIAS, C. C. – O Valor da Inovação: Como os Inovadores estão a Criar o Futuro do Sistema de Saúde. **Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**. 17 (2015) 6-9.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Saúde Mental em Números - 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional para a Saúde Mental - Orientações Programáticas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2015.

ESCOVAL, A. [et al.] – Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático : 9 (2010) 105-116.

GAGO, J. – Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, 2012. Dissertação elaborada no âmbito do Doutoramento em Medicina, na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE – Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. [Em linha]. The Lancet, 2017. [Consult. 26 Jun. 2018]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32130-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32130-X/fulltext)

GLOBAL BURDEN OF DISEASE – Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. [Em linha]. The Lancet, 2016. [Consult. 26 Jun. 2018]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext)

GOUVEIA, M. [et al.] – O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. **International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health**. 4(Supl.3) : S13 (2017) 1-11.

KNAPP, M. – Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 102: s407 (2000) 15-18.

KOVÁCS, G. [et al.] – Direct healthcare cost of schizophrenia – European overview. **European Psychiatry**. 48 (2018) 79-92.

LAIDI, C. [et al.] – Factors associated with direct health care costs in schizophrenia: Results from the FACE-SZ French dataset. **European Neuropsychopharmacology**. 28 (2018) 24-36.

OLIVEIRA, M. [et al.] – Projeto ONCOREDE. A (Re)organização da Rede de Atenção Oncológica na Saúde Suplementar. [Em linha]. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. [Consult. 26 Jun. 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/FINAL_publicacao_oncorede.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2016 – Saúde Procuram-se Novos Caminhos. Lisboa: OPSS, 2016.

PALHA, J. ; PALHA, F. – Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. **Gazeta Médica**. Vol 3 : 2 (2016) 6-12.

PERELMAN, J. [et al.] – Pagamentos Inovadores para o Sistema de Saúde Mental Português. Lisboa: ENSP/UNL, 2017.

PORTARIA n.º 262/15. D.R. 1ª Série. 168 (15.08.28) – Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para 2015.

PORTARIA n.º 234/15. D.R. 1ª Série. 153 (15.08.07) – Aprova o Regulamento e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS.

SANTOS, V. S. – Serviço Nacional de Saúde: Uma Reflexão sobre as Estratégias Necessárias para Acrescentar Valor. **Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**. 14 (2014) 16-19.

TAJIMA-POZO, K. [et al.] – Understanding the direct and indirect costs of patients with schizophrenia. **F1000Research**. 4: 182 (2015) 1-9.

WITTCHEN, HU [et al.] – The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. **European Neuropsychopharmacology**. 21 (2011) 655-679.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Mental disorders, fact sheet. [Em linha] WHO, 2017. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/